

5. Макарина-Кибак, Л. Э. Применение гипербарической оксигенации при патологии слуха / Л. Э. Макарина-Кибак, Н. С. Кудреватых, Ж. В. Курак // Оториноларингология Восточная Европа. – 2013. – № 1. – С. 25–30.

6. Вертебробазилярные синдромы / Е. И. Чуканова // Consilium medicum. – 2014. – Т. 16, № 2. – С. 5–9.

7. Шидловский, А. Ю. Сравнительная характеристика показателей аудиометрии и реоэнцефалографии у больных с начальными и выраженными проявлениями вертебрально-базилярной недостаточности / А. Ю. Шидловский [и др.] // Рос. оториноларингология. – 2010. – № 1. – С. 148-152.

ВАРИАНТЫ ВЕТВЛЕНИЯ БЛУЖДАЮЩИХ НЕРВОВ В ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОМ ПЕРЕХОДЕ И НА ЖЕЛУДКЕ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Бяшимов Г.О.¹, Усович А.К.²

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашхабад¹
УО «Витебский государственный медицинский университет»²

Актуальность. Среди органосохраняющих операций при язвенной болезни желудка остается актуальной выполнение селективной проксимальной ваготомии (СПВ) [2,4,5]. Поэтому исследуются различные аспекты влияния блуждающего нерва на поддержании структурно-функционального гомеостаза гастродуоденальной зоны [3]. Разрабатываются новые методики хирургического лечения патологии желудка [1]. Все это определяет интерес к вариантной анатомии блуждающих нервов в области пищеводно-желудочного перехода и на желудке.

Цель исследования. Изучить топографию ветвей переднего и заднего блуждающих нервов на уровне от нижней трети грудной части пищевода до привратника желудка.

Материал и методы: исследование выполнено на 40 органокомплексах внутренних органов людей зрелого возраста, в анамнезе которых не было заболеваний пищеварительной системы. Анатомический материал получен в соответствии с законодательством Туркменистана. Методы исследования: анатомическое микропрепарирование, измерение длины и толщины ветвей блуждающего нерва штангенциркулем, с точностью 0,1 мм.

Результаты и обсуждение. В области дистального отдела грудной части пищевода (5 см над диафрагмой) в 37 препаратах из 40 обнаружены 103 ветви, переходящие от ствола переднего блуждающего нерва на задний, как на поверхности органа, так и интрамурально. Из них 81 ветвь находились на левой части стенки пищевода, направляясь справа налево. Остальные 22 ветви пересекали правую часть слева направо. При этом установлено, что ветви, переходящие от переднего блуждающего нерва на задний, значительно толще ветвей заднего блуждающего нерва. Ветви, находящиеся на стенке

пищевода собираются у диафрагмы и образуют стволы, проходящие впереди и позади пищевода через диафрагму.

Но во всех случаях не образуются только два ствола. Как правило, образованные над диафрагмой стволы в пищеводном отверстии диафрагмы распадаются на несколько. Передний (левый) блуждающий нерв только в 49% случаев проходил в брюшную полость в виде одного ствола. В 36% препаратов обнаружены 2 ствола, в 10% – 3 ствола, в 3% – 4 ствола, в 2% – 5 стволов переднего (левого) блуждающего нерва под пищеводным отверстием диафрагмы.

Задний (правый) блуждающий нерв в 61% случаев проходил в брюшную полость в виде 1 ствола. В 27% препаратов обнаружены 2 ствола, в 5% – 3 ствола, в 4% – 4 ствола, в 3% – 5 стволов заднего (правого) блуждающего нерва под пищеводным отверстием диафрагмы.

Левый (передний) блуждающий нерв, располагается в виде 2-3 стволов на передней полуокружности брюшной части пищевода. В 34% случаев, было выявлено образование передней петли на уровне кардиальной части или на 1,5 см ниже, в малом сальнике на удалении 1 см до малой кривизны желудка. Если левый *p.vagus* единый ствол от него отводит толстая печеночная ветвь на уровне перехода пищевода в желудок (на 1,5-2 см ниже диафрагмы или на уровне кардиальной части). Она достигает ворот печени проходя между листками верхней части малого сальника. Печеночная ветвь отдает 3-4 ветви к желудку. В воротах печени она делится на ветви, идущие к печени и к двенадцатиперстной кишке. Главным желудочным нервом левого (переднего) блуждающего нерва является нерв Латарже. Этот нерв является самым крупным среди нервов, отходящих от основного ствола (чаще он определяется в виде 1-го ствола и находится на 1-2 см от стенки желудка). Передний нерв Латарже проходит внутри малого сальника по малой кривизне желудка. Нерв проходит вместе с нисходящей частью левой желудочной артерии и по длине отдает ветви на переднюю стенку и антральную часть желудка. Ствол нерва входит на стенку желудка на 4-6 см выше пилорического отдела. В этом месте (начальная часть двенадцатиперстной кишки) в большей части наших препаратов образуются анастомозы между ветвями правого и левого блуждающих нервов. Кроме своей длинной ветви, левый блуждающий нерв отдает больше 12 маленьких ветвей на кардиальную часть и дно желудка. Вместе с ветвями нерва проходят артериальные сосуды. На такие случаи хирурги должны обратить внимание при проведении операции (для проведения полной ваготомии).

От правого (заднего) блуждающего нерва отходит внутренняя ветвь, которая рядом с левой желудочной артерией подходит к чревному сплетению. В наших препаратах выявлено, что правый (задний) блуждающий нерв во всех случаях отдает прямые ветви на поджелудочную железу. Главная желудочная ветвь правого (заднего) блуждающего нерва, нерв Латарже, проходит по правому краю дистальной части пищевода. Проходя между листками малого сальника, он по длине отдает ветви на заднюю стенку желудка. Сам длинный ствол входит в стенку желудка на 5-7 см выше

от пилорического отдела. Короткие желудочные ветви (4-5) на задней стенке желудка отходят к кардиальной части и к дну желудка.

В результате изучения вариантов топографии ветвей блуждающего нерва в области нижней трети пищевода и желудка нами выявлены особенности ветвления нервов, которые могут создать трудности хирургам, при выполнении методов стволовой и селективной ваготомии:

- наличие многочисленных соединений (анастомозов) между стволами блуждающих нервов и их ветвями;
- различное (от 1 до 5) количество стволов левого и правого блуждающих нервов в пищеводном отверстии диафрагма и под диафрагмой;
- интрамуральное прохождение ветвей блуждающих нервов со стенки пищевода в стенку желудка (их невозможно определить на поверхности органов).

Литература:

1. Опыт применения новой хирургической методики в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О. А.Баулина [и др.] // Вестн. новых мед. технологий. – 2014. – Т. 21, № 3. – С. 49–53.
2. Алгоритм диагностики и показания к хирургическому лечению больных с язвенной болезнью желудка / В. М. Дурлештер [и др.]. // Вестн. хирург. гастроэнтерологии. – 2013. – № 1. – С. 4–11.
3. Сулаева, О. Н. Структурная организация и физиологические эффекты блуждающего нерва в ЖКТ / О. Н. Сулаева // Світ медицини та біології. – 2015. – Т. 11, № 4-1 (53). – С. 164–170.
4. Способ оперативного лечения больных с осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : Патент РФ 2463969 / П.А. Ярцев, В.Д. Левитский, И.И. Кирсанов [и др.]. 2012.
5. Laparoscopic revision of gastrojejunostomy and vagotomy for intractable marginal ulcer after revised gastric bypass / E. Lo Menzo [et al.] // SurgObesRelat Dis. – 2011. – Vol. 7, № 5. – P. 656–658.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У СТУДЕНТОК 3 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СНА

Генералова А.Г., Хитева С.А., Ковзова Е.И., Орехова Н.И.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Изменение продолжительности ночного сна посредством модуляции секреции мелатонина может существенным образом влиять на многие физиологические функции человека. Сокращение продолжительности времени сна с соответствующим увеличением светового воздействия на организм человека приводит к подавлению выработки мелатонина. Синтез мелатонина осуществляется в эпифизе преимущественно